

乳幼児健診問診票

乳幼児健診のときにご記入していただき、母子健康手帳と一緒に
ご持参ください。



目次

持ち物	P1
★4か月児健康診査問診票	P2
★10か月児健康診査問診票	P4
★1歳6か月児健康診査問診票	P6
★2歳6か月児健康診査問診票	P8
★3歳6か月児健康診査問診票	P10
★ささやき声検査について	P12
★3歳6か月児健康診査における視力検査について	P14

発行
令和6年3月
作成
守山市母子保健課
電話：077-583-0898

守山市

持ち物

◆4か月児健康診査

母子健康手帳、乳幼児健康診査問診票^{*1}、バスタオル

◆10か月児健康診査

母子健康手帳、乳幼児健康診査問診票、バスタオル

◆1歳6か月児健康診査

母子健康手帳、乳幼児健康診査問診票、幼児用歯ブラシ^{*2}、バスタオル

◆2歳6か月児健康診査

母子健康手帳、乳幼児健康診査問診票、幼児用歯ブラシ^{*2}、バスタオル

◆3歳6か月児健康診査

母子健康手帳、乳幼児健康診査問診票、幼児用歯ブラシ^{*2}、バスタオル、ささやき声検査結果、採取した尿^{*3}

※1 4か月児健診では、股関節脱臼のリスク要因確認のため家族歴を確認しています。
健診当日までに親族の方で先天性股関節脱臼や股関節開排制限のある方がいないか確認し、問診票の回答欄にご記入ください。

※2 1歳6か月、2歳6か月、3歳6か月児健診では、歯科健診後、希望される方のフッ化物塗布とブラッシング指導で歯ブラシを使用します。

※3 尿は清潔な容器または、指定の場所で配布している容器に入れて持参してください。
配布場所：市役所（母子保健課）、駅前総合案内所、各地区会館、ほほえみセンター、一部保育園・幼稚園・こども園

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【4か月児健康診査】

記 入 日： _____ 年 月 日

お子さんの名前： _____

お子さんの生年月日： _____ 年 月 日

お子さんの月齢： _____ か月 日

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

[_____]

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気（病気の名前・いつ・病院名など）

[_____]

・けいれんを起こしたことはありますか (いいえ・はい 回)

はいの方は、その時熱はありましたか (いいえ・はい ℃)

※次の質問にお答えください（まだの項目には^⓪と記入してください）

①抱いている時首はすわっている (_____ か月)

②うつぶせにすると両腕で支えて肩、胸が左右対称にあげられる (_____ か月)

まだの場合 うつぶせを、させていない

うつぶせを、時々させている

うつぶせを、毎日させている

③興味のある方へあおむけから横向きに半分寝返りする (_____ か月)

④機嫌が良い時でもよくそったり、抱きにくさを感じる (いいえ・はい)

⑤寝ている時に、同じ方向ばかり向いていることが多い (いいえ・はい)

はいの場合 どちら側に向くことが多いですか (右側・左側)

⑥動くものを目で追う (_____ か月)

⑦ガラガラを持たせると持つ (_____ か月)

⑧左右の指しゃぶり、手しゃぶりができる (_____ か月)

⑨あおむけで両手を合わせてあそぶ (_____ か月)

⑩音のする方向に顔を向ける (_____ か月)

⑪あやすと笑い声を出しかえす (_____ か月)

⑫眠い時やお腹がすいている時以外は、機嫌が良い (はい・いいえ)

⑬子育てをしている中で育てにくさを感じる (いいえ・はい)

⑭子どもとのかかわり方や遊び方がわからない (いいえ・はい)

●目に関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

瞳が白くみえる・目やにや涙が多い・目つきや目の動きの違和感・その他 (_____)

●耳・聞こえに関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

[_____]

●股関節脱臼に関して何か心配なことはありますか (無 ・ 有)

[_____]

●親族の方で先天性股関節脱臼や股関節開排制限のある方はいらっしゃいますか (無 ・ 有)

[有の場合 続柄 _____]

※お子さんの普段の生活についてお答えください

栄養

⑮あてはまる番号に○をしてください

- 1 母乳 (回/日)
2 混合 (母乳 回/日、ミルク cc × 回/日)
3 ミルク (cc × 回/日)
4 その他 () (cc × 回/日)

排せつ

- ⑯便 (日に 回)
⑰オムツ交換の回数 (回/日)

生活リズム

⑱1日の生活リズムを記入してください [起床(起)・就寝や昼寝(寝)・(寝ている所は斜線で記入)

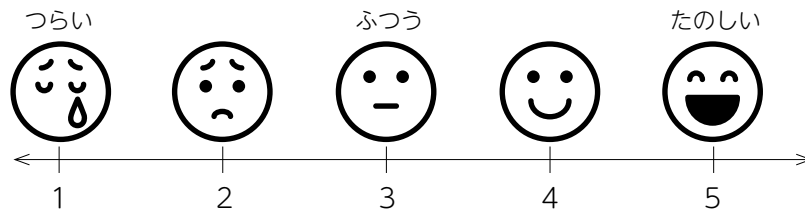
母乳(乳)・ミルク(≡)等]



育児

⑲主な保育者は誰ですか (母・父・祖父母・その他)

⑳今の気持ちにあてはまるものを選んでください



㉑子育てを楽しんでいる時はどんな時ですか。具体的に書いてください。

[]

㉒子育てをしながら、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)

はいの方は、それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください

[]

㉓育児についての相談相手はいますか 有 () ・無

㉔育休について (年 月まで)

㉕今後就園される予定はありますか

すでに就園している 年 月より 園

就園希望 年 月より 園へ就園希望中

未定

㉖地域の子育てサロンや、ほっとステーション等をご存知ですか (はい・いいえ)

㉗お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください

(健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)

[]

問診サイン []

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【10 か月児健康診査】

記入日： _____ 年 月 日
お子さんの名前： _____
お子さんの生年月日： _____ 年 月 日
お子さんの月齢： _____ か月 日

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

[_____]

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気（病気の名前・いつ・病院名など）

[_____]

・けいれんを起こしたことはありますか (いいえ・はい 回)

はいの方は、その時熱はありましたか (いいえ・はい ℃)

※次の質問にお答えください（まだの項目にはⒶと書いてください）

①寝返りをする（あおむけ⇄うつぶせ） (_____ か月)

②両手をつかないで一人で座れる (_____ か月)

③姿勢の転換ができる（おすわり⇄うつぶせ） (_____ か月)

④はいはいをする (_____ か月) まだの場合（居座り移動・ずりばい）

⑤つかまり立ちをする (_____ か月)

⑥伝い歩きをする (_____ か月)

⑦指先で小さい物をつまむ (_____ か月)

⑧箱の中の物を取り出す (_____ か月)

⑨名前を呼ぶとふりむく (_____ か月)

⑩指でさして教えるとその方を見る (_____ か月)

⑪欲しいものをアーアーなどと声を出して要求する (_____ か月)

⑫簡単な身ぶりのまねができる（例：バイバイ、パチパチ） (_____ か月)

⑬言葉を理解し始めているように感じる（例：バイバイ、おいでなどに反応） (はい・いいえ)

⑭最近どんな声を出していますか

（具体的に記入ください 例：まんまんまん、ダッダッダ、アバババなど）

[_____]

⑮お母さん以外の人を見て泣いたり、はにかんだりする (_____ か月)

⑯きょうだいや、小さい子どもを見ると喜ぶ (はい・いいえ)

[_____]

⑰子育てをしていく中で育てにくさを感じることもある (いいえ・はい)

⑱子どもとのかかわり方や遊び方がわからないことがある (いいえ・はい)

●目に関して何か心配なことがありますか (無・有)

瞳が白くみえる・目やにや涙が多い・目つきや目の動きの違和感・その他 (_____)

●耳・聞こえに関して何か心配なことがありますか (無・有)

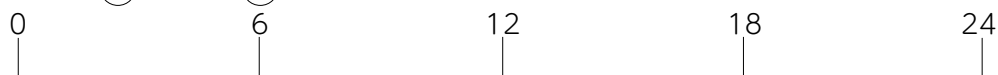
[_____]

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

⑲一日の生活リズムを記入してください（起床(起)・就寝や昼寝(寝)（寝ている所は斜線で記入）

授乳(乳)・(≡)・離乳食(離)・おやつ・外遊び・テレビ等]



⑳眠りについて心配なことはありますか (いいえ・はい)

(夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 _____)

㉑テレビやタブレットは1日何時間ついていますか (_____ 時間)

口の清潔

- ②②歯の本数 (月か月からはえ始め、現在上： 本、下： 本)
 ②③お口のお手入れはしていますか (はい・いいえ)
 はいの方は、(ガーゼでふいている・歯ブラシ・その他)

②④歯や口のことで気になることや、心配なことはありますか

[]

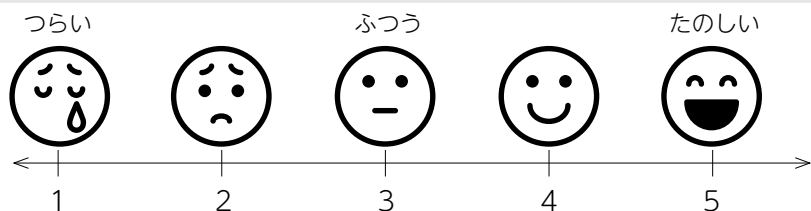
栄養

- ②⑤離乳食の回数 (1 ・ 2 ・ 3) 回
 ②⑥便通 (日に 回)
 ②⑦主食の形態 (全粥・軟飯・ご飯)
 ②⑧食べているものに○をしてください (野菜・魚・肉・卵・大豆製品)
 ②⑨アレルギーについて心配なことはありますか (いいえ・はい)
 ③⑩味付けをしていますか (していない・薄味・大人と同じ)
 ③⑪母乳 (回/日)
 ③⑫ミルク(調整粉乳・フォローアップミルク) (cc × 回/日)
 ③⑬乳製品で食べているものに○をしてください (ヨーグルト・チーズ・牛乳)
 ③⑭手づかみで口にもっていきますか (はい・いいえ)
 ③⑮食事について気になることや、心配なことはありますか (いいえ・はい)

[]

育児

- ③⑯主な保育者は誰ですか (母・父・祖母・その他)
 ③⑰今の気持ちにあてはまるものを選んでください



③⑱子育てを楽しんでいると思う時はどんな時ですか。具体的に書いてください

[]

③⑲子育てをされていて、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)
 それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください

[]

④⑰育児についての相談相手はいますか 有 () ・ 無

④⑱地域のほっとステーションなど未就園児向け事業を利用していますか (はい 回/月・いいえ)

④⑲育児について (年 月まで)

④⑳今後就園される予定はありますか

すでに就園している 年 月より 園へ就園中

就園希望 年 月より 園へ就園希望中

未定

④㉑お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください

(健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)

[]

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【1歳6か月児健康診査】

記入日： _____ 年 月 日
お子さんの名前： _____
お子さんの生年月日： _____ 年 月 日
お子さんの年齢： _____ 歳 _____ か月

●健康診査で希望される方にフッ素塗布を行っています。

- ・フッ素塗布を希望されますか (はい・いいえ (理由 _____))
希望される方は、健康診査に同伴される保護者の名前をフルネームでサインしてください

保護者サイン： _____

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

[_____]

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気 (病名・いつ・病院名など)

[_____]

※次の質問にお答えください (まだの項目には○と書いてください)

- ①戸外でもしっかり一人で歩ける (_____ 歳 _____ か月)
②手を引くと階段が上がる (_____ 歳 _____ か月)
③コップやスプーンなど日常生活用品をそれらしく使う (_____ 歳 _____ か月)
④衣服の着脱等大人のすることをまねてやろうとする (_____ 歳 _____ か月)
⑤欲しいものを見つけると自発的に指をさして知らせる (_____ 歳 _____ か月)
⑥「○○はどれ？」と聞くと指をさして教えてくれる (_____ 歳 _____ か月)
⑦「～もってきて」のこぼれに反応する (_____ 歳 _____ か月)

⑧普段どんなことをして遊んでいますか。具体的に書いてください

[_____]

⑨最近の言葉をそのままたくさん書いてください (例：マンマ (ごはん)、ワンワン (動物全般)、ママ (母) など)

[_____]

⑩言えなくなった言葉がある (いいえ・はい _____)

⑪同年代から少し上ぐらいの子どもに関心がある (はい・いいえ)

⑫やりとり遊びをしたり、ほめたりすると喜ぶ (はい・いいえ)

⑬自分勝手に動き回ることが多い (いいえ・はい)

⑭人・場所・物へのこだわりが強いときがある (いいえ・はい _____)

⑮子育ての中で育てにくさを感じることもある (いいえ・はい)

⑯子どもとの関わり方や遊び方がわからないことがある (いいえ・はい)

●目に関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

瞳が白くみえる・目やにや涙が多い・目つきや目の動きの違和感・その他 (_____)

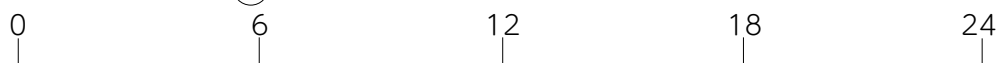
●耳・きこえに関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)

[_____]

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

⑰一日の生活リズムを記入してください (起床(起)・就寝や昼寝(寝)・(寝ている所は斜線で記入)
昼寝・食事 (おやつ) (食)・外遊び・テレビ等)



⑱テレビやタブレットは1日何時間ついていますか (_____ 時間)

⑲スマートフォンやタブレットを子どもだけで見ている時がありますか (ない・ある)

⑳眠りについて心配なことはありますか (いいえ・はい)

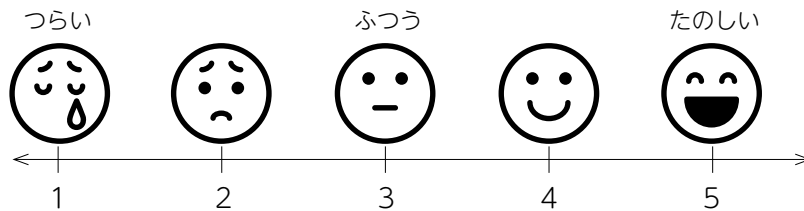
はいの場合 (夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 _____)

栄養・歯の健康

- ①自分で食べることができますか (はい・いいえ)
- ②食事の回数 (回/日)
- ③便通 (日に 回)
- ④好き嫌い、食へのこだわりはありますか (無・有)
- ⑤おやつ回数 (飲み物も含む) (1回・2回・3回・決めていない)
よく食べるおやつを書いてください
[]
- ⑥普段よく飲む飲み物は何ですか (お茶・水・牛乳・ジュース・その他)
- ⑦母乳(ミルク)を飲んでいますか (いいえ・はい)
- ⑧哺乳ビンを使っていますか (いいえ・はい)
- ⑨歯みがき習慣がありますか (はい・いいえ)
- ⑩仕上げみがきをしていますか (朝・昼・寝る前・毎食後・いいえ)
- ⑪歯みがき剤を使っていますか (はい・いいえ)
- ⑫お子さんのかかりつけの**歯科**医院はありますか (はい(歯科医院名)・いいえ)
- ⑬歯や口のことで気になることや、心配なことはありますか
[]

育児

- ⑭主な保育者は誰ですか (母・父・祖母・その他)
- ⑮今の気持ちにあてはまるものを選んでください



- ⑯子育てを楽しめる時はどんな時ですか。具体的に書いてください
[]
- ⑰子育てをしていて、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)
それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください
[]
- ⑱育児について相談する人はいますか (有 _____ ・無)
- ⑲地域のほっとステーションなど未就園児向け事業を利用していますか (はい 回/月・いいえ)
- ⑳今後就園される予定はありますか
すでに就園している ____年__月より____園
就園希望 ____年__月より____園へ就園希望中
未定

- ㉑お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください
(健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)
[]

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【2歳6か月児健康診査】

記入日： _____ 年 月 日
お子さんの名前： _____
お子さんの生年月日： _____ 年 月 日
お子さんの年齢： _____ 歳 _____ か月

●健康診査で希望される方にフッ素塗布を行っています。

- ・フッ素塗布を希望されますか (はい・いいえ (理由 _____))
希望される方は、健診に同伴される保護者の名前をフルネームでサインしてください。

保護者サイン： _____

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

[_____]

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気 (病名・いつ・病院名など)

[_____]

※次の質問にお答えください (まだの項目には^⓪と書いてください)

- ① 走ることができる (_____ 歳 _____ か月)
② 階段で手すりを持つなどして、一人で上り下りする (_____ 歳 _____ か月)
③ はしやはさみを使う (_____ 歳 _____ か月)
④ 簡単な衣服の着脱を大人が手伝おうとしても自分でしようとする (_____ 歳 _____ か月)
⑤ 大きい、小さいということがわかる (_____ 歳 _____ か月)
⑥ 最近の言葉をそのままたくさん書いてください
[_____]
⑦ 最近、言えなくなった言葉がある (いいえ・はい _____)
⑧ 「これなに？」 といろいろな質問をよくする (_____ 歳 _____ か月)
⑨ 大人の言った言葉をそのまま真似して聞き返すことが多い (いいえ・はい)
⑩ ごっこ遊び、つもり遊びをする (お店屋さんごっこ、ままごとなど) (_____ 歳 _____ か月)
⑪ 大人の指示を聞けずに動き回ったり、飛び出したりすることがある (いいえ・はい)
⑫ 人・場所・物へのこだわりが強い、心配なくせがある (いいえ・はい _____)
⑬ 子育ての中で育てにくさを感じることもある (いいえ・はい)
⑭ 子どもとの関わり方や遊び方がわからないことがある (いいえ・はい)
● 目に関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)
腫が白くみえる・目やにや涙が多い・目つきや目の動きの違和感・その他 (_____)
● 耳・聞こえに関して何か心配なことがありますか (無 ・ 有)
[_____]

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

⑮ 一日の生活リズムを記入してください (起床[Ⓐ]・就寝や昼寝[Ⓑ]・(寝ている所は斜線で記入)・食事(おやつ)[Ⓒ]・外遊び・テレビ等)



- ⑯ 生活リズムは規則正しいですか (はい・いいえ)
⑰ テレビやタブレットは1日何時間ついていますか (_____ 時間)
⑱ スマートフォンやタブレットを子どもだけで見ている時がありますか (ない・ある)
⑲ 眠りについて心配なことはありますか
(夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 _____)

排せつ

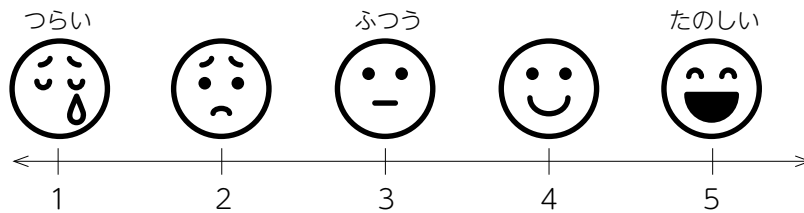
- ⑳便通 (日に 回)
㉑オムツの使用 (無 ・ 有)
㉒おしっこを知らせるのはいつですか (出る前・出た後)

栄養・歯の健康

- ㉓食事の回数 (回/日)
㉔好き嫌い、食へのこだわりはありますか (無・有)
㉕おやつ回数 (飲み物も含む) (1回・2回・3回・決めていない)
よく食べるものを書いてください
[]
㉖普段よく飲む飲み物は何ですか
(お茶・水・牛乳・ジュース・その他)
㉗母乳(ミルク)を飲んでいますか (いいえ・はい)
㉘哺乳ビンを使っていますか (いいえ・はい)
㉙歯みがき習慣がありますか (はい・いいえ)
㉚仕上げみがきをしていますか (朝・昼・寝る前・毎食後・いいえ)
㉛歯みがき剤を使っていますか (はい・いいえ)
㉜お子さんのかかりつけの**歯科**医院はありますか (はい (歯科医院名)・いいえ)
㉝歯や口のことで気になることや、心配なことはありますか
[]

保育

- ㉞主な保育者は誰ですか (母・父・祖母・その他)
㉟今の気持ちにあてはまるものを選んでください



- ㊱子育てを楽しんでいる時はどんな時ですか。具体的に書いてください
[]
㊲子育てをしていて、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)
それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください
[]
㊳育児についての相談相手はいますか (有 _____ ・ 無)
㊴地域のほっとステーションなど未就園児向け事業を利用していますか (はい 回/月・いいえ)
㊵今後就園される予定はありますか
すでに就園している ____年__月より _____園へ就園中
就園希望 ____年__月より _____園へ就園希望中
未定

- ㊶お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください
(健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)
[]

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【3歳6か月児健康診査】

記入日： _____ 年 月 日
お子さんの名前： _____
お子さんの生年月日： _____ 年 月 日
お子さんの年齢： _____ 歳 _____ か月

●健康診査で希望される方には、フッ素塗布を行っています。

- ・フッ素塗布を希望されますか (はい・いいえ (理由 _____))
- 希望される方は、健診に同伴される保護者の名前をフルネームでサインしてください。

保護者サイン：

お子さん、子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気 (病名・いつ・病院名など)

※次の質問にお答えください (まだの項目には(未)と書いてください)

- ①階段をひとりで交互に足を出して上られる (はい・いいえ)
- ②ケンケンで数歩前へ進める (はい・いいえ)
まだの場合 a 片足をあげる b 両足でとべる
- ③簡単な折り紙を折ることができますか (はい・いいえ)
- ④簡単な服の着脱がひとりでできますか (はい・いいえ)
- ⑤最近の会話の様子は (かなり自由な会話・3語文の会話・2語文の会話・単語と2語文が混じる)
- ⑥数の理解 理解できる数に○を付けてください (実数と結びついているもの)
(1つ・2つ・3つ・4つ・5つ以上)
- ⑦どんな遊びが好きですか
[_____]
- ⑧友達と一緒にやりとり遊びをして遊べますか (はい・いいえ)
- ⑨ままごと、お店屋さんごっこなど、ごっこ遊びをしますか (はい・いいえ)
- ⑩落ち着きなくそわそわしていることはありますか (いいえ・はい)
- ⑪大人の指示を聞けずに動き回ることが多いと感じますか (いいえ・はい)
- ⑫人・場所・物へのこだわりが強い、心配なくせがあると思いますか (いいえ・はい)
- ⑬子育ての中で、育てにくさを感じることはありますか (いいえ・はい)

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

- ⑭一日の生活リズムを記入してください [起床(起)・就寝や昼寝(寝) (寝ている所は斜線で記入)・食事(おやつ)(食)・外遊び・テレビ等]



- ⑮テレビやタブレットは1日何時間ついていますか (_____ 時間)
- ⑯スマートフォンやタブレットを子どもだけで見ている時がありますか (ない・ある)
- ⑰眠りについて心配なことはありますか
(夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 _____)

排せつ

- ⑱便通 (_____ 日に _____ 回)
- ⑲ひとりでトイレで大小便ができますか (はい・いいえ)

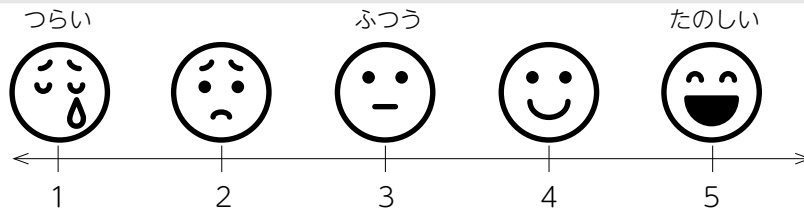
栄養・歯の健康

- ⑳食事の回数 (_____ 回/日)
- ㉑好き嫌い、食へのこだわりはありますか (無・有 _____)
- ㉒おやつ回数 (飲み物も含む) (1回・2回・3回・決めていない)
- よく食べるおやつを書いてください
[_____]

- ②③普段よく飲む飲み物は何ですか
(お茶・水・牛乳・ジュース・その他)
- ②④歯みがき習慣がありますか (はい・いいえ)
- ②⑤仕上げみがきをしていますか (朝・昼・寝る前・毎食後・いいえ)
- ②⑥歯みがき剤を使っていますか (はい・いいえ)
- ②⑦お子さんのかかりつけの歯科医院はありますか (はい (歯科医院名)・いいえ)
- ②⑧歯や口のことで気になることや、心配なことはありますか

育児

- ②⑨主な保育者は誰ですか (母・父・祖母・その他)
- ②⑩今後の就園予定と就園状況をおきかせください すでに在園中 () 園
年 月より 園への就園希望
- ②⑪地域のほっとステーションなどの未就園児向け事業を利用していますか (はい 回/月・いいえ)
- ②⑫今の気持ちにあてはまるものを選んでください



- ②⑬子育てを楽しいと思う時はどんな時ですか。具体的に書いてください
- ②⑭子育てをしていて、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)
それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください
- ②⑮育児についての相談相手はいますか 有 ()・無
- ②⑯お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください
(健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)

※次の質問にお答えください

目についての問診

- ③⑦瞳が白く見えますか (いいえ・はい)
- ③⑧目つきや目の動きに違和感はありませんか (いいえ・はい)
- ③⑨極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか (いいえ・はい)
- ③⑩物を見るとき首をかしげますか (いいえ・はい)
- ③⑪その他、心配なことがあれば書いてください ()
- ③⑫視力検査の練習をしましたか (はい・いいえ)

耳についての問診

- ③⑬家族、親類の方に、小さいときから耳の聞こえのわるい方がいますか (いいえ・はい)
- ③⑭中耳炎に何回か、かかったことがありますか (いいえ・はい)
- ③⑮ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどかれがありますか (いいえ・はい)
- ③⑯呼んで返事をしなかったり、聞き返したりテレビの音を大きくするなど、聞こえのわるいと思うときがありますか (いいえ・はい)
- ③⑰保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえのわるいといわれたことがありますか (いいえ・はい)
- ③⑱話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか (いいえ・はい)
- ③⑲あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか (いいえ・はい)
- ③⑳ささやき声検査の結果 ※自宅での実施結果を記入してください

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

ささやき声検査について

※ 3歳を過ぎたら中等度難聴を発見するために「ささやき声検査」をご家庭で実施しましょう。
裏面の絵カードを使用し、実施後に気になることがありましたらご相談ください。

聴覚検査の方法

(保護者が行う絵シートによるささやき声検査)

お子さんの名前 ()

検査の方法

- 1 絵を子どもの方向に向けて置き、1 m位離れ、向かい合って座ります。
- 2 「この絵の名前を言うから、お母（父）さんが言った絵を指さしてね。」と子どもに言って、普通の声（会話するときの声）で、絵シートの表示した絵の名前を言い、子どもが6個の絵をすべて正しく指させるようにします。
- 3 「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指さしてね。」と子どもに言って、口元を手などで隠し、6個の絵の名前をささやき声で1回ずつ言い、正しくさせれば下の表に○、正しくささなければ×を記入します。(問診票にも転記してください)

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

※検査の注意事項

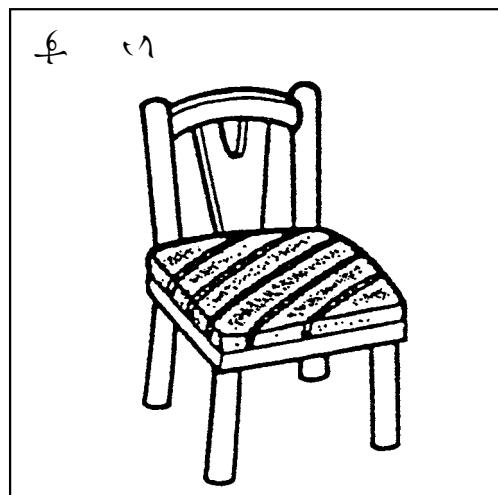
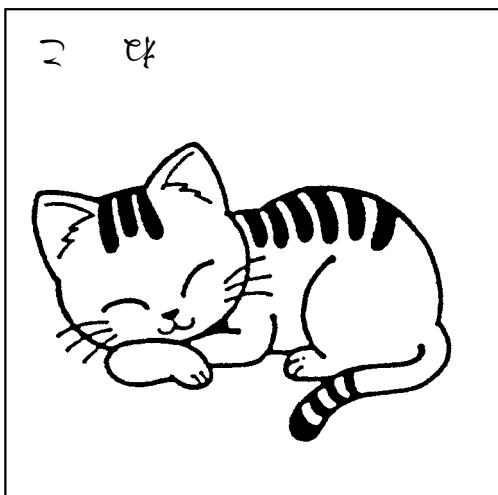
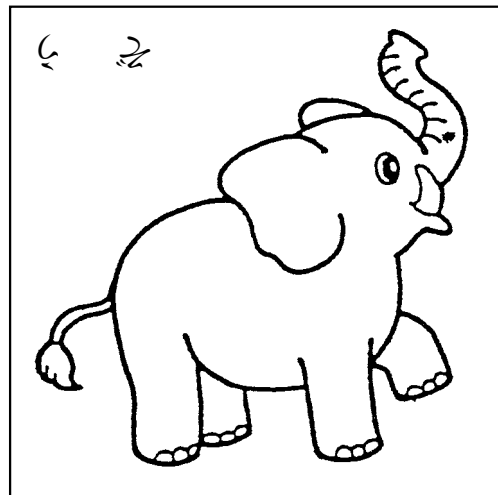
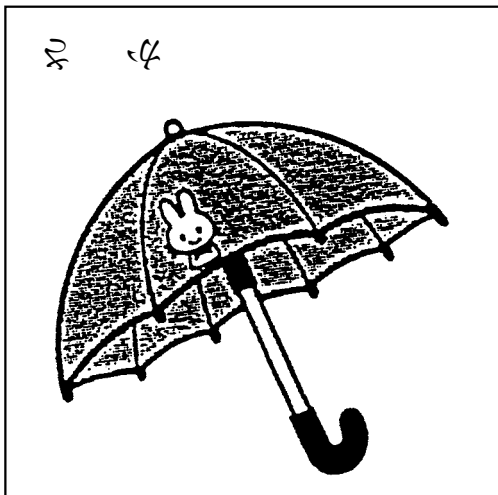
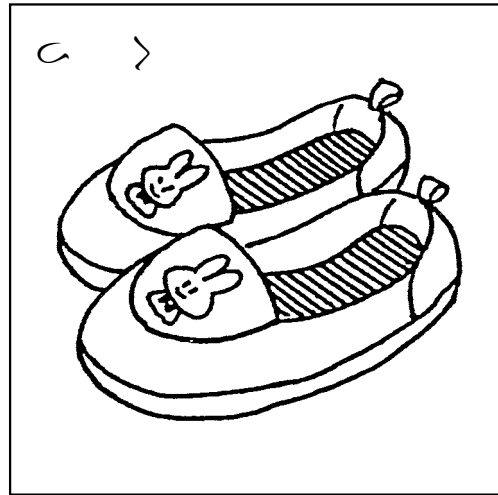
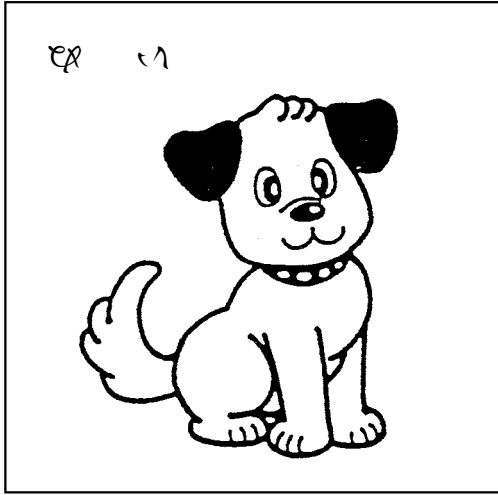
絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。また、ささやき声が大きくなるように注意してください。

※“ささやき声”の出し方

ささやき声は、息を出すだけの感じで、ないしょ話のようにささやきます。普通の声は、のど（のどぼとけ）に手をあてたとき、指に振動が感じられますが、ないしょ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が“ささやき声”です。



絵 シ ー ト



3歳6か月児健康診査における視覚検査について

☆子どもの視力について

生まれたばかりの赤ちゃんの視力は、人の影が分かる程度ですが、両方の目を使って自分の周りの世界を見ることによって、視力は徐々に良くなっていきます。

1歳ごろの視力はだいたい0.2くらいですが、2～3歳になると0.4から0.8くらいの視力となります。5～6歳頃にはおとなと同じ1.0から1.5の視力となり、両目を使って物を立体的に見る力も完成されます。

このように視力の発達は身長や体重の発達に比べ、はるかに早い時期におとなと同じレベルに達します。もしも、この視力の発達に大切な乳児期から幼児期にかけて、発達を妨げる要因が生じた場合、その目の視力の発達はこの時期で停止してしまいます。この状態を弱視といいます。

このような弱視を小学校に入る頃まで放置していると、治療しても視力がよくなる場合があります。しかし、早期に発見し適切な治療を行えば、ほとんどの場合、普通の子どもの視力と変わらなくなります。

このため、弱視の発見は乳幼児期に行われなければなりません。そこで、3歳6か月児健康診査に屈折検査および視力検査を行っています。

当日視力検査が上手にできるように家庭で練習してきてください。

屈折検査について

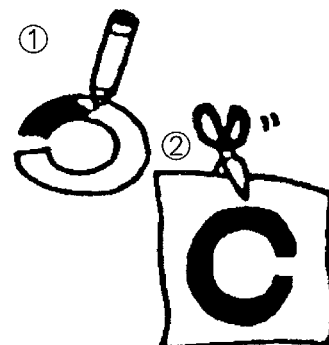
- ・ 屈折検査では、屈折値（目のピントが合うために必要な度数）を調べます。従来の視力検査に加えて当検査を行うことで、弱視の見逃しを減らすことができます。
- ・ 健診では、携帯型の屈折検査機器を使います。少し暗い部屋で、お子さんは保護者と座った状態で機器の点滅する模様を見るだけです。
- ・ 検査の際、お子さんの目に前髪がかからないように、抑えてあげてください。
- ・ お子さんの視線が合えば、数秒で検査は終わります。
※機器での測定には誤差や境界があります。
- ・ 屈折検査の前は、スマホや絵本など近くのを集中して見ないようにしてください。
(検査に影響が出る可能性があります。)

視力検査の練習

【用意するもの】 厚紙、黒のマジック、はさみ

1. 厚紙に、うらのような環を書いて、黒のマジックで塗ります。
2. 厚く塗った部分をはさみで切りぬきます。これを2枚作ります。

※お子さんに車のハンドルのように持たせるため、少し厚めのものを作ってあげてください。



この視力表は

ランドルト環

といいます。

準備ができれば始めましょう

1. 保護者の方が車のハンドルを持つように、お子さんにランドルト環の持ち方を教えてあげてください。
2. お子さんが環の切れ目をじょうずに回せるようになったら、保護者の方がランドルト環を見せながら、「環の切れたところは、どこかな？さあ、これと一緒にしてごらん」などと同じ方向に合わせるように楽しいムードでお子さんをリードしてあげてください。

